

令和7年度第1回佐久医療圏 地域医療構想調整会議	資料 1
令和8年2月10日	

新たな地域医療構想の検討状況について

1. 新たな地域医療構想の概要・スケジュール等

これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

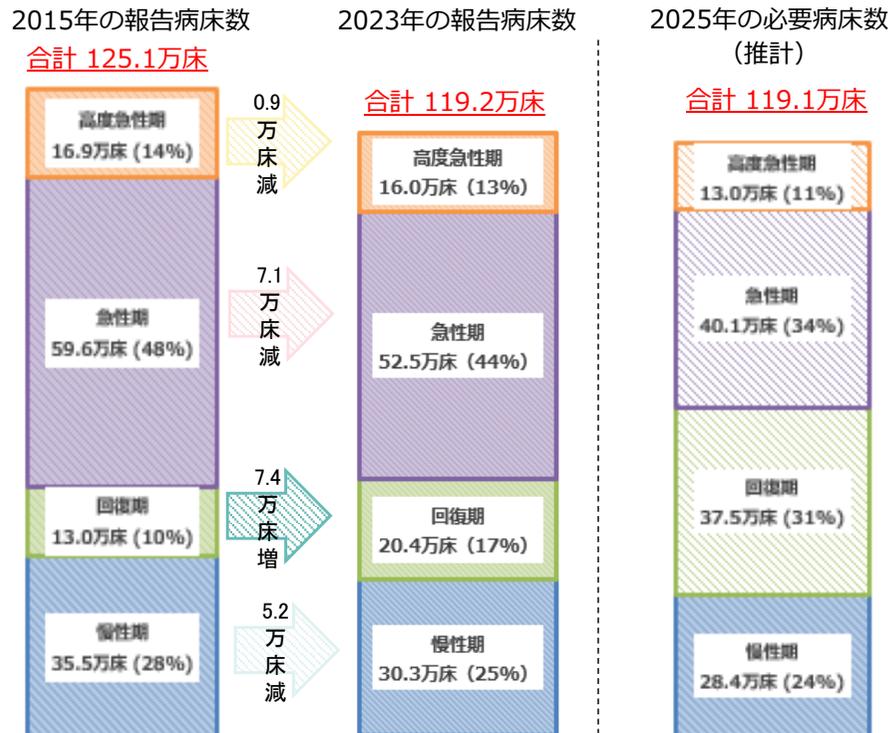
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。

このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、**医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

<新たな地域医療構想における基本的な方向性>

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

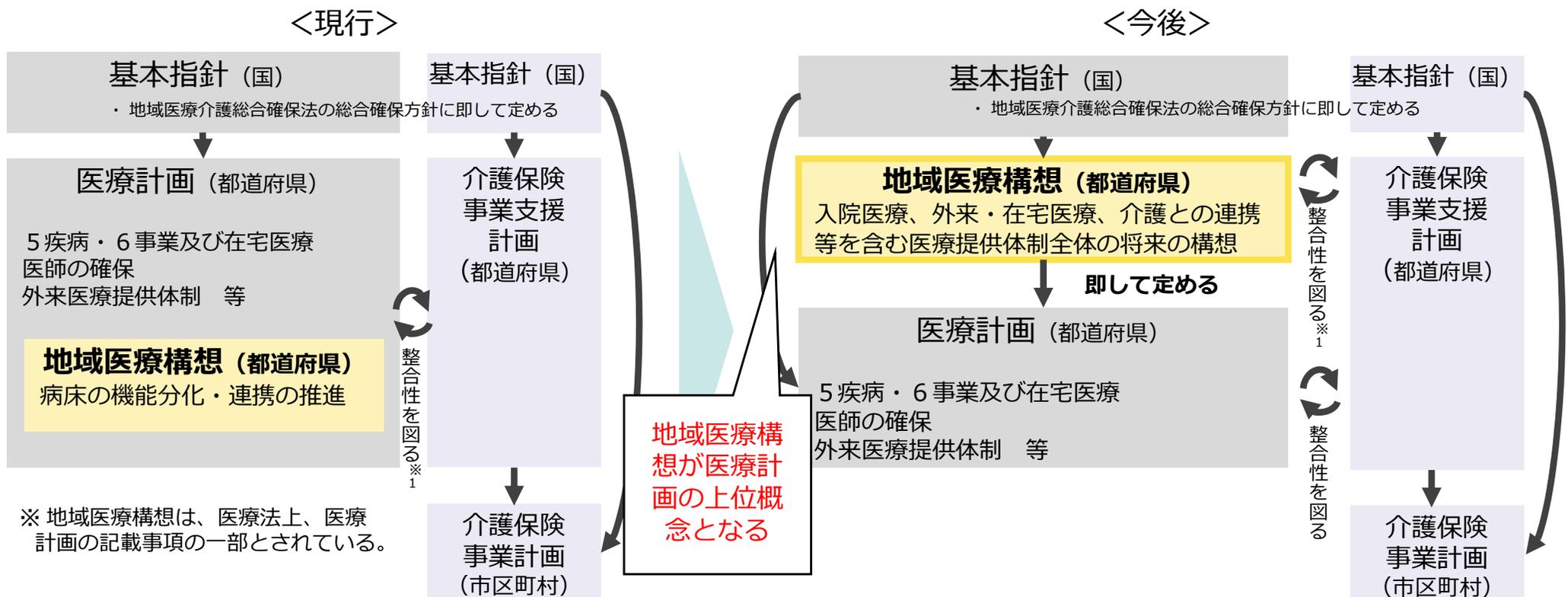
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
 - ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
 - ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。



ガイドラインの構成（案）

- 新たな地域医療構想の策定ガイドラインについて、現在の地域医療構想策定ガイドラインを踏襲しつつ、新たな地域医療構想の対象が多岐にわたることに対応して議題の整理やグランドデザインなどのアップデート、合意形成等を踏まえた構成としてはどうか。

概論

I 経緯・背景

- 1 ガイドラインの目的
- 2 位置づけ
- 3 新たな地域医療構想の対象について
- 4 背景となる地域毎の課題
- 5 医療計画との関係
- 6 これまでの地域医療構想について

策定まで

II 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定の進め方について
- 2 構想区域について
- 3 医療機関機能・病床機能と、当該機能を踏まえた需要推計の基本的な考え方
- 4 入院医療に関する取組について
- 5 外来・在宅医療に関する取組について
- 6 介護との連携について
- 7 医療従事者の確保について

策定後

III 取組の推進について

- 1 地域での課題等の共有
- 2 知事権限について
- 3 地域医療介護総合確保基金の活用について
- 4 地域医療構想の実現に向けた柔軟かつ実践的な点検・プロセス・評価の観点

IV 地域医療構想と医療計画の関係等

- 1 5疾病6事業との関係について
- 2 地域医療構想調整会議とその他の会議体との関係について

策定のみならず、取組の推進についても記載される予定

※医療法等の一部を改正する法律案が継続審議となっているところ、国会審議等を踏まえて変更することも考えられる。

構想策定の具体的なスケジュール（案）

- 例として、入院医療に係る構想策定のスケジュールとして、今年度以降速やかに検討等を開始できる内容と、来年度以降開始される予定の医療機関機能報告など、順次検討すべき内容がある。

	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年	2030年
区域点検・見直し		区域の点検 構想区域の見直し				
必要病床数		必要病床数の算出 機能分化連携の議論			取組の推進	
医療機関機能の確保		医療機関機能の確保 連携・再編・集約化の議論				
外来・在宅介護との連携等		慢性期需要等の見込みの共有 介護との連携等に係る議論				
医療従事者の確保	これまでの医師偏在対策等の 取組の推進		各職種の新たな確保対策も 踏まえた取組			

議題ごとのスケジュールを「幅を持って整理」

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

都道府県が柔軟で効果的・効率的な会議運営に資するよう、議題や主な関係者が整理する案がしめされている。

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の進め方 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進 	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進 	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方

【地域医療構想関係】

- 新たな構想の策定に向けて、令和8年度の本格策定の前に、十分かつ慎重な議論を行うため、令和7年度中に有識者との懇談会を開催し、本県の今後の地域医療提供体制全体の方向性について意見交換を行い、同年度中にとりまとめを行う。
 - 令和8年度には、国の新たな構想の策定ガイドラインや懇談会のとりまとめ等を踏まえ、新たな構想に位置付ける構想区域、将来の病床数の必要量等を検討。（※）
 - 令和9年度～10年度には、地域ごとの医療機関機能・病床機能に着目した医療機関間の役割分担・連携の方向性等について検討し、必要に応じて新たな地域医療構想に取り入れていく。（※）
- ※ 令和8年度以降の検討体制や進め方については、国における新たな構想のガイドライン（令和7年度発出）を踏まえ、改めて検討。

■新たな地域医療構想の策定に係る今後の流れ（予定）

	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)
国	<p>新構想のガイドライン 検討会</p>	<p>国の動向を注視しながら、適切に 県への検討に取り入れていく</p>		
都道府県	<p>懇談会の開催</p> <p>新たな地域医療構想の本格策定にあたって、有識者との意見交換</p>	<p>新構想の策定委員会(仮) の開催</p> <p>構想区域、将来の病床数の必要量 等の検討</p>	<p>新構想の取組を開始</p> <p>新構想の取組を進めながら、必要に応じて、新構想の策定 委員会(仮)を随時開催</p> <p>地域ごとの医療機関機能・病床機能に着目した医療機関間の役割分担・連 携の方向性等について検討</p>	

新たな地域医療構想に関する懇談会の概要

1 目的

2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定に向けて、構想区域のあり方など本県の目指すべき医療提供体制の方向性について議論を行う。

2 スケジュール（予定）

	日 程	内 容
第1回	7月	総論（進め方・論点提示）
第2回	9月	各論①
第3回	11月	各論②
第4回	12月	とりまとめ案
第5回	3月	とりまとめ

3 具体的な議論の進め方（予定）

- 第1回 総論
 - ・ 座長の選出
 - ・ 現行の構想の評価、振り返り
 - ・ 新たな構想の目指す姿について
 - ・ 構想区域について
- 第2回及び第3回 各論
 - ・ 構想区域（入院医療）について
 - ・ 構想区域（外来・在宅、介護との連携）について
- 第4回
 - ・ とりまとめ案の提示
- 第5回
 - ・ とりまとめ
 - ・ 次年度以降の進め方について

新たな地域医療構想に関する懇談会の検討体制

新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、入院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、**必要な関係者が参画する新たな懇談会を新設して検討を行う**

新たな地域医療構想に関する懇談会【新設】

【構成員】

区分	役職	氏名
医 歯 薬 科 医 師 薬 劑 師	長野県医師会長	若林 透
	長野県歯科医師会長	伊藤 正明
	長野県薬剤師会長	加賀美 秀樹
医療関係団体	長野赤十字病院長 (日本赤十字社長野県支部)	小林 光
	諏訪中央病院院長	佐藤 泰吾
	信州大学医学部附属病院長	花岡 正幸
	長野県立病院機構 理事長	本田 孝行
	公益社団法人 長野県看護協会会長	松本 清美
	長野県病院協議会長	丸山 和敏
	佐久総合病院統括院長 (県厚生連)	渡辺 仁
地域医療構想 アドバイザー	長野県医師会総務理事	森 浩二
介護関係者	長野県介護支援専門員協会会長	小林 広美
	長野県高齢者福祉事業協会副会長	町田 貴志
市町村	青木村住民福祉課課長	小根沢 義行
	諏訪市健康福祉部長	守屋 和則
将来の医療を 担う医師	佐久総合病院小海分院診療部長	小林 和之
	長野県立信州医療センター診療部医長	深井 晴成

【事務局】

(敬称略。)

役職	氏名
長野県健康福祉部長	笹淵 美香
〃 次長	塩原 昭夫
〃 衛生技監	西垣 明子
〃 参事 (地域医療担当)	若月 真也
〃 医療政策課長	塚原 仁
〃 医師・看護人材確保対策課長	田中 徹
〃 疾病・感染症対策課長	鈴木 三千穂
〃 介護支援課長	今井 政文

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

2. 構想区域について

新たな構想区域と二次医療圏の違いについて

- 新たな地域医療構想における構想区域と二次医療圏は、以下のとおり整理される。

	新たな構想区域（地域医療構想）	二次医療圏（医療計画）
根拠法令	・医療法 第30条の4第2項第7号	・医療法 第30条の4第2項第9項 ・医療法施行規則 第30条の29第1号
設定に関する基準（法令の規定）	地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域	地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域
趣旨・役割	2040年を見据えた区域 であり、病床機能や医療機関機能を考慮し、医療機関の役割分担と連携を進めることとされている。 ※新たな地域医療構想は、医療計画の上位概念となり、本県における医療提供体制の在り方と大枠の方向性を示すビジョン	6年間ごとに定める区域 であり、基準病床数制度や医師確保計画等といった医療計画の取組みを進めることとされている。 ※医療計画は、新たな地域医療構想を踏まえ、6年ごとに策定する実行計画といった建付けのイメージ
要件	人口規模、患者の受療動向等、 将来における要素を勘案 して検討	地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向を考慮
参考（現構想の状況等）	全県10区域 ※H29年からの地域医療構想で設定	全県10圏域 ※R6からの第8次医療計画で設定
	全国339区域（令和6年4月時点） ※H28～29において、各都道府県で設定	全国330区域（令和6年4月時点） ※R5において、各都道府県で設定

構想区域の役割について

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のための、大きく2つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域については、
地域で急性期拠点機能を確保・維持する
ために議論する範囲である

構想区域 の 役割

① 医療機関の連携・再編・集約化など、 医療提供体制構築のための議論

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるように設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20~30万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

構想区域の見直しについて

国の「新たな地域医療構想等に関する検討会」では、地域の実情を踏まえ必要な場合は、以下のような観点から構想区域の見直しを行うよう方向性が提示されている

- ◆ 2040年を見据え、人口規模（20万人未満等）、医療需要の変化、医療従事者の確保等の観点から、医療提供体制を確保していく上での課題がある場合は、必要に応じて構想区域の拡大を検討
- ◆ 構想区域では、「高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能」「在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能」「救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能」を確保

見直しイメージ

【現行の構想区域】

構想区域



二次医療圏

構想区域と二次医療圏は一致させるようになっている

【新たな構想区域】

<100万人以上の区域などの大都市>

構想区域①

構想区域②

二次医療圏

構想区域
の細分化

<人口減少が見込まれている地域>

構想区域

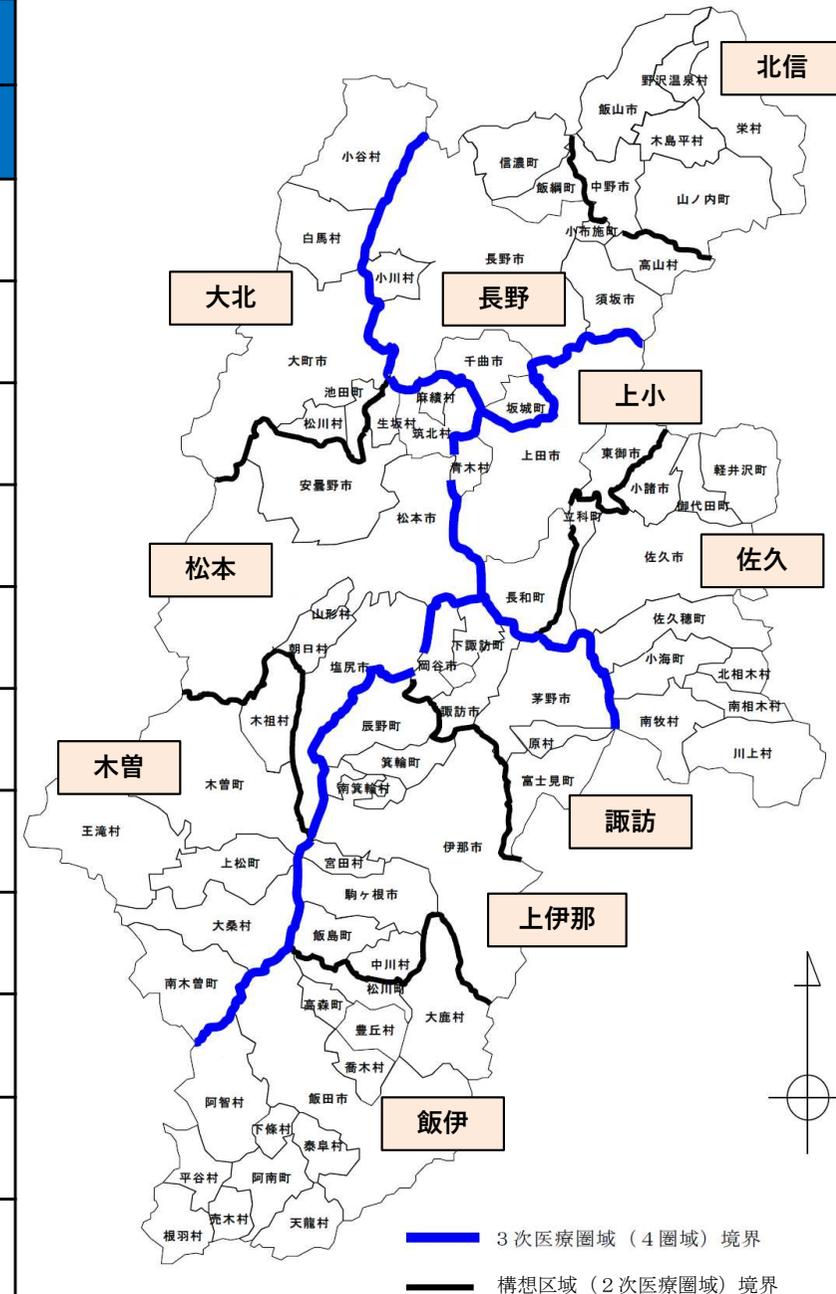
二次医療圏①

二次医療圏②

構想区域
の広域化

現行の地域医療構想における構想区域の設定状況

	構想区域						
	圏域	区域	市町村数	人口(人)	面積(km ²)	所在保健所	
長野県全域	東信	佐久	小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡	11	201,380	1,571.18	佐久
		上小	上田市、東御市、小県郡	4	187,392	905.37	上田
	南信	諏訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	185,820	715.75	諏訪
		上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	173,453	1,348.40	伊那
	中信	飯伊	飯田市、下伊那郡	14	146,226	1,928.89	飯田
		木曾	木曾郡	6	22,887	1,546.15	木曾
		松本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	8	413,585	1,868.74	松本 松本市
	北信	大北	大町市、北安曇郡	5	53,727	1,109.65	大町
		長野	長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡	9	512,970	1,558.00	長野 長野市
			北信	中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡	6	77,123	1,009.45
県計			77	1,976,103	13,561.58		



(注) 人口は令和7年4月1日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）
 県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない。

人口200万人前後の都道府県の面積と構想区域数

長野県は、面積が広大な一方、可住面積が少なく、アクセス面等の課題から構想区域数が多い状況である。

	宮城県	新潟県	岐阜県	長野県	群馬県	栃木県	岡山県	福島県
人口 (万人)	230	220	198	197	194	193	189	183
面積 (km ²)	7,282	12,584	10,621	13,562	6,362	6,408	7,107	13,783
可住地面積割合	43.32% (14位)	36.04% (18位)	20.82% (45位)	23.96% (41位)	35.66% (21位)	46.89% (12位)	31.32% (26位)	30.59% (28位)
構想区域数	4	7	5	10	10	6	5	6
1 構想区域 平均面積 (km ²)	1,821	1,798	2,124	1,356	636	1,068	1,421	2,297

他県の圏域の設定の状況

当県は、2,000km²に満たない構想区域で設定しているが、人口や面積が同規模の新潟、岐阜、福島の構想区域では、2,500km²程度の区域で設定されている例もある。

長野県

圏域	人口 (人)	面積 (km ²)
佐久	201,380	1,571.18
上小	187,392	905.37
諏訪	185,820	715.75
上伊那	173,453	1,348.40
飯伊	146,226	1,928.89
木曾	22,887	1,546.15
松本	413,585	1,868.74
大北	53,727	1,109.65
長野	512,970	1,558.00
北信	77,123	1,009.45
	1,976,103	13,561.58

新潟県

圏域	人口 (人)	面積 (km ²)
下越	192,575	2,319.14
新潟	867,339	2,223.73
県央	208,783	733.51
中越	415,924	1,636.85
魚沼	148,711	2,649.20
上越	249,561	2,165.76
佐渡	48,116	855.68
計	2,131,009	12,583.87

岐阜県

圏域	人口 (人)	面積 (km ²)
岐阜	793,551	993.28
西濃	358,439	1,432.94
中濃	364,282	2,454.26
東濃	323,574	1,562.82
飛騨	138,896	4,177.99
計	1,978,742	10,621.29

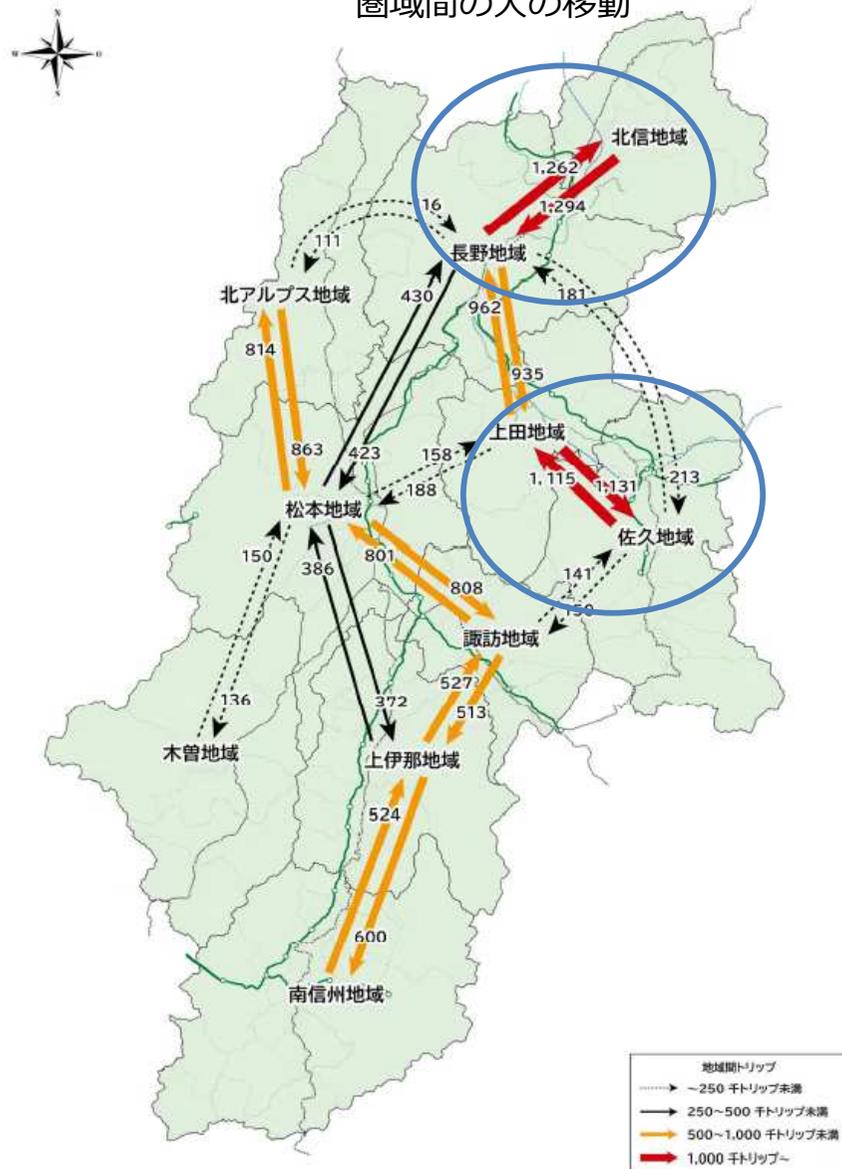
福島県

圏域	人口 (人)	面積 (km ²)
県北	465,894	1,753.34
県中	519,577	2,406.24
県南	138,770	1,233.08
会津・南会津	256,403	5,420.31
会津	232,140	3,078.78
南会津	24,263	2,341.53
相双	119,577	1,738.91
いわき	332,931	1,232.26
計	1,833,152	13,784.14

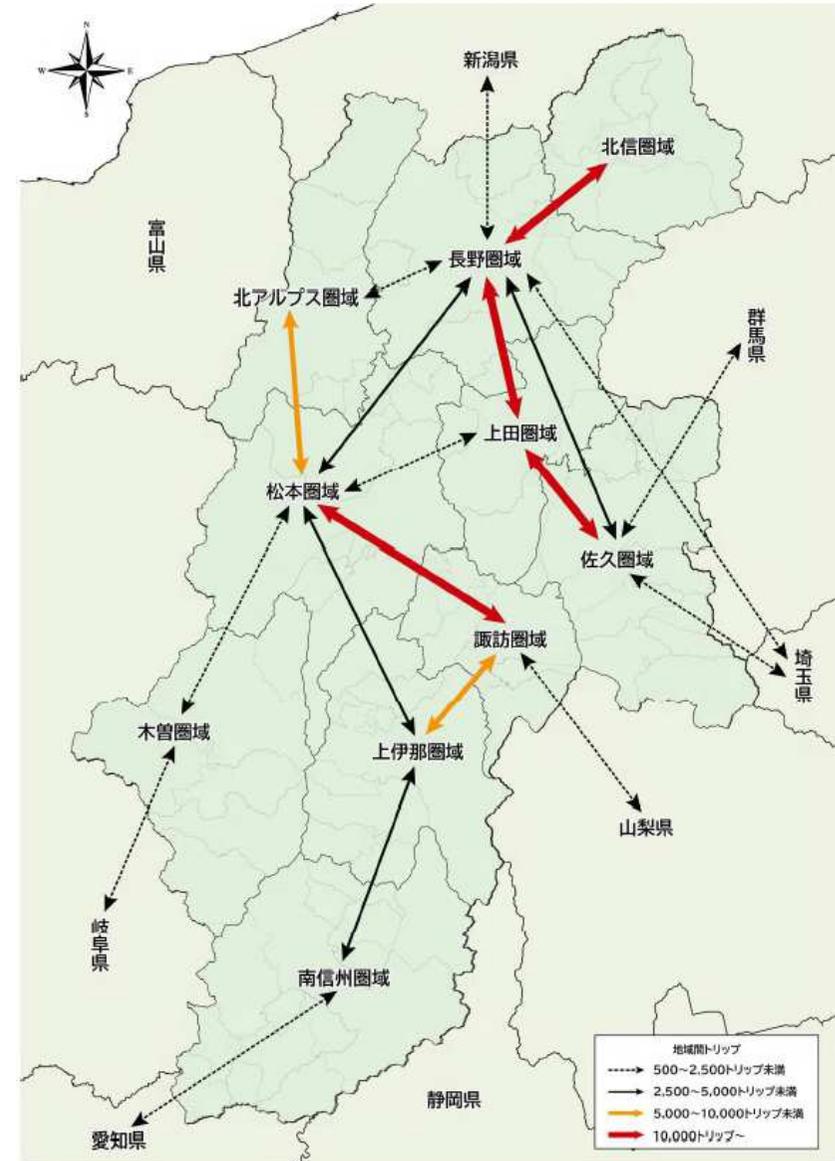
圏域間での移動状況

圏域間での人の移動状況を見ると、「長野圏域～北信圏域」並びに「上田圏域～佐久圏域」が比較的多い状況。その他も隣接する圏域間同士で、特に鉄道に連絡された圏域間での移動が多い状況にある。

圏域間の人の移動



圏域間および圏域他県間の通勤・通学流動



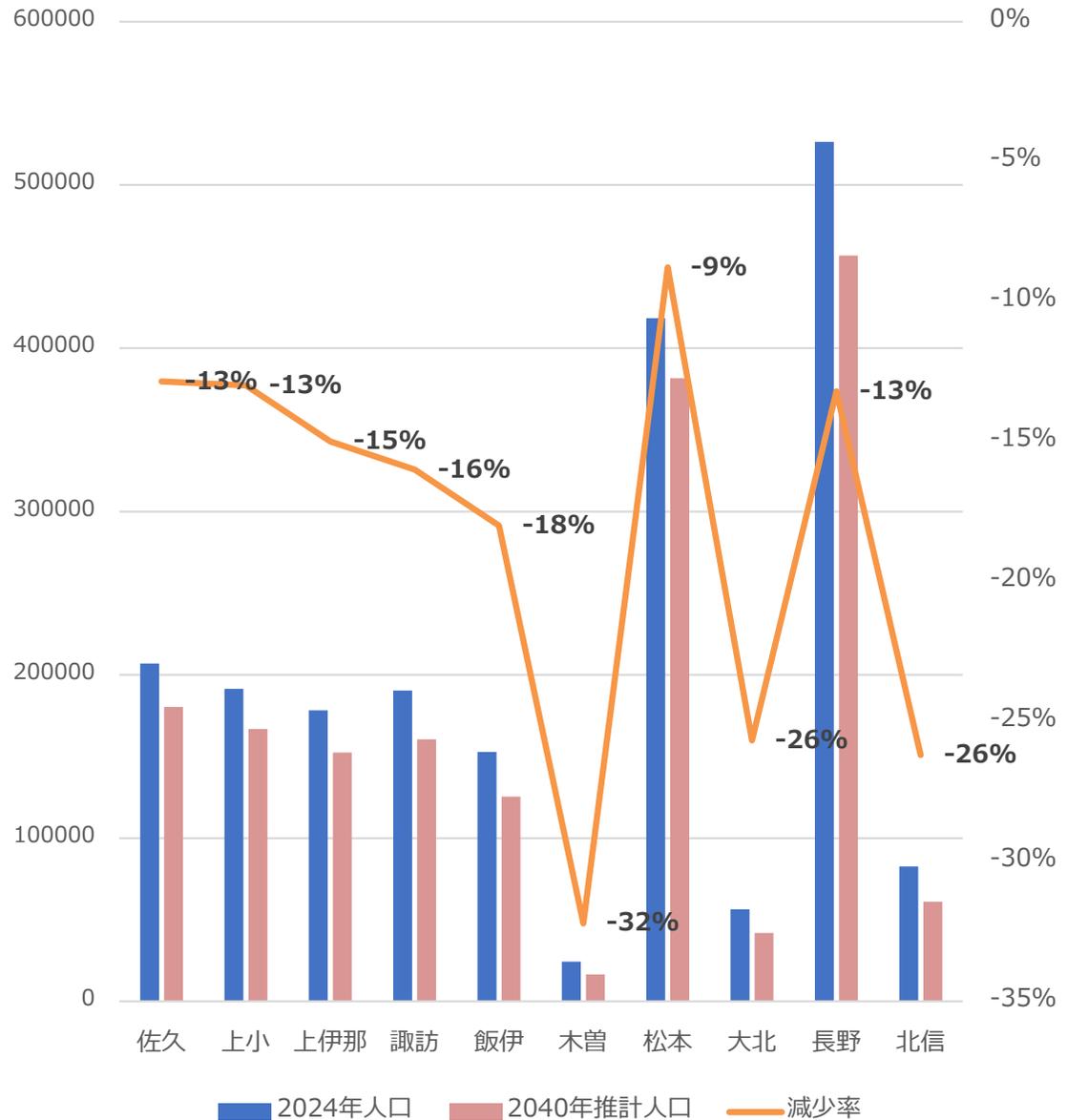
2040年の圏域ごとの人口状況

圏域ごとの人口動態をみると、ほとんどの圏域が現状から10%以上人口が減少。特に木曽、大北、北信は、20%以上も減少すると見込まれる。

図1：年齢区分別の人口推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）



疾病・事業ごとの相互の連携体制

これまでは、10圏域において疾病や事業ごとに、必要に応じて他圏域との連携を図りながら、必要な医療を確保してきた。

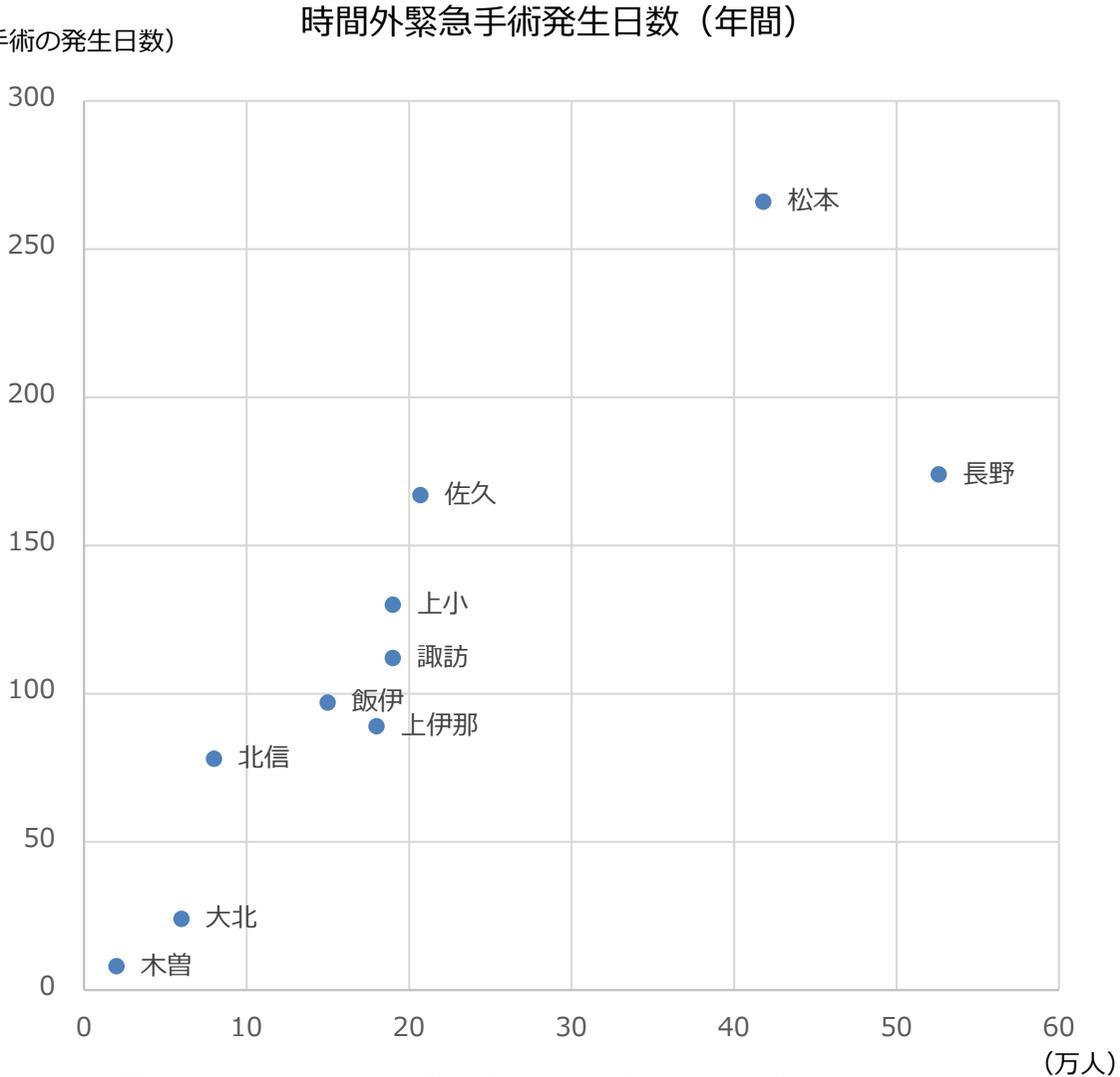
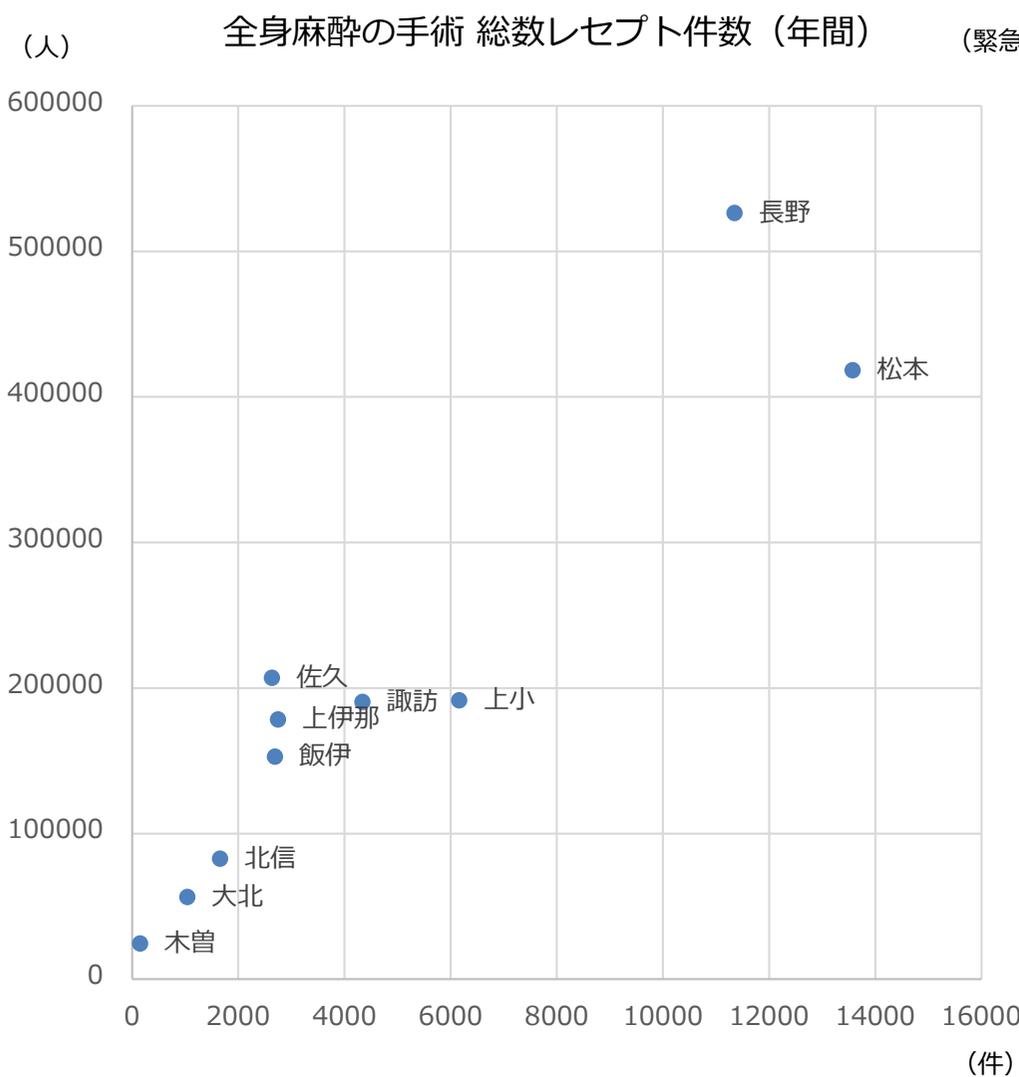
圏域	救急医療	災害時における医療(※)	周産期医療	小児医療	在宅医療	がん	脳卒中	心筋梗塞等の心血管疾患	糖尿病	精神疾患	
										一般	精神科救急
東信	佐久	○	○	○	原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携	○	○	○	○	○	○
	上小	○	○	○		●(松本)	●(佐久)	●(佐久)	○		●(土(夜間)・日)(北信)
南信	諏訪	○	○	○		○	○	○	○	○	○
	上伊那	○	○	○		○	○	○	○		
	飯伊	○	○	○		○	○	○	○		
中信	木曾	●(上伊那)(松本)	○	●(上伊那)(松本)		●(松本)	●(上伊那)(松本)	●(上伊那)(松本)	●(松本)	○	○
	松本	○	○	○		○	○	○	○		
	大北	○	○	●(松本)		●(松本)	●(松本)	●(松本)	●(松本)		
北信	長野	○	○	○		○	○	○	○	○	○
	北信	○	○	○		○	○	○	○		●(土(夜間)・日)(東信)

(※) 災害の規模によっては、基幹災害拠点病院を中心に全県的に連携。

(凡例) ○印：当該圏域内で対応する圏域 ●印：他の圏域と連携する圏域（括弧内は、連携の相手方となる圏域）

【参考】圏域ごとの全身麻酔手術の件数・時間外緊急手術の状況

人口規模に応じて、全身麻酔の手術件数や時間外の緊急手術日数は増加している。一方で、全身麻酔の手術や時間外緊急手術があまり実施されていない圏域も一定数存在し、今後の人口減少を考慮すると、実施数はますます少なくなっていくと考えられる。



資料出所：令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」を基に作成

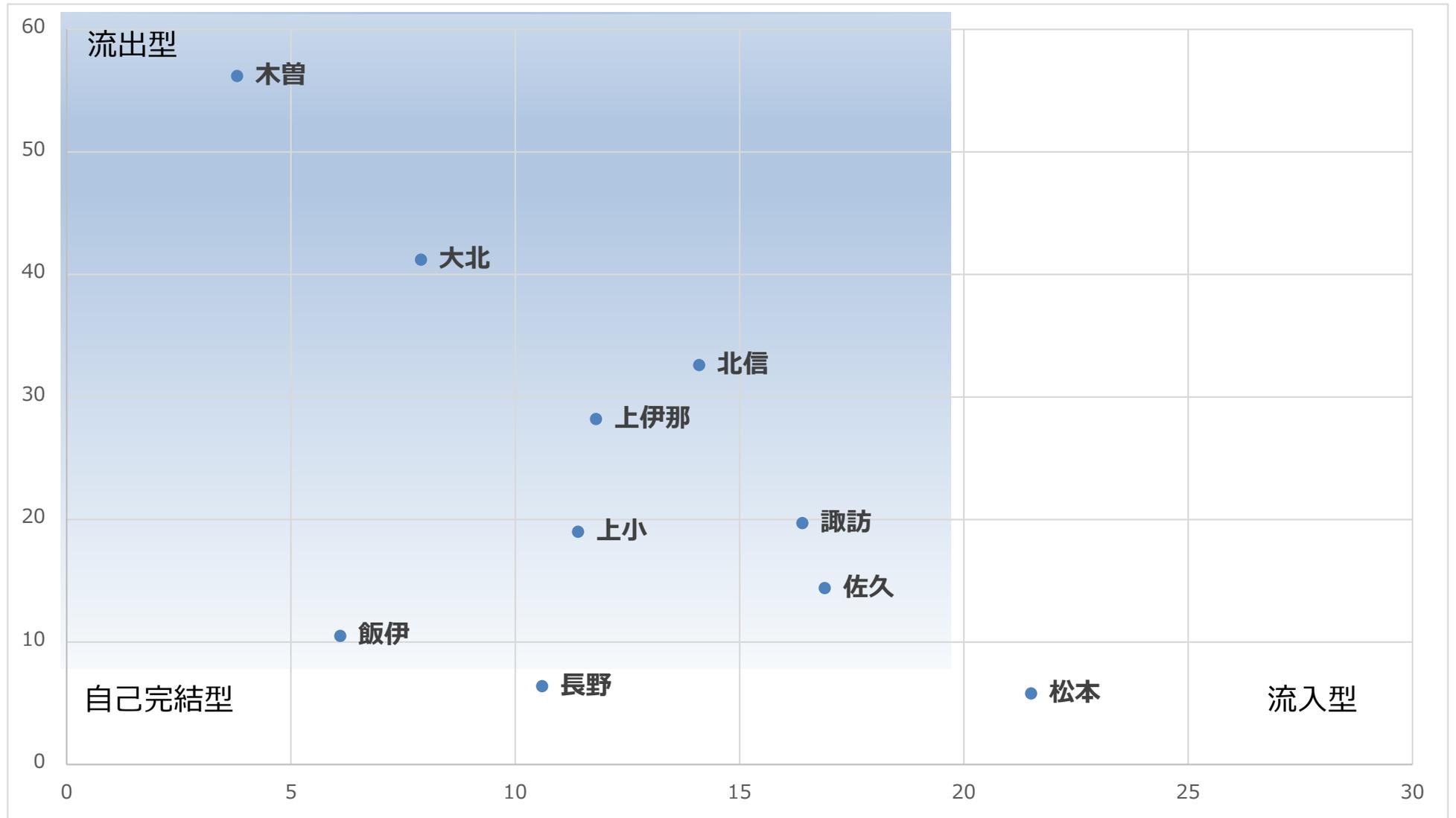
資料出所：2022年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」を基に作成

時間外の手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定しているもの、日中の手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定していないものと定義

二次医療圏別の自己完結率（一般病床）

一般病床の推計患者数の各圏域の流入・流出割合を見ると、上伊那、木曽、大北、北信で20%以上の流出が見られる。

(推計流出患者割合)
(%)



(推計流入患者割合) (%)

佐久圏域における流出入の状況（入院料別）

佐久圏域は、高度急性期・急性期において流出はほぼない一方で、流入状況としては、特に上小圏域から急性期患者を受け入れている状況。

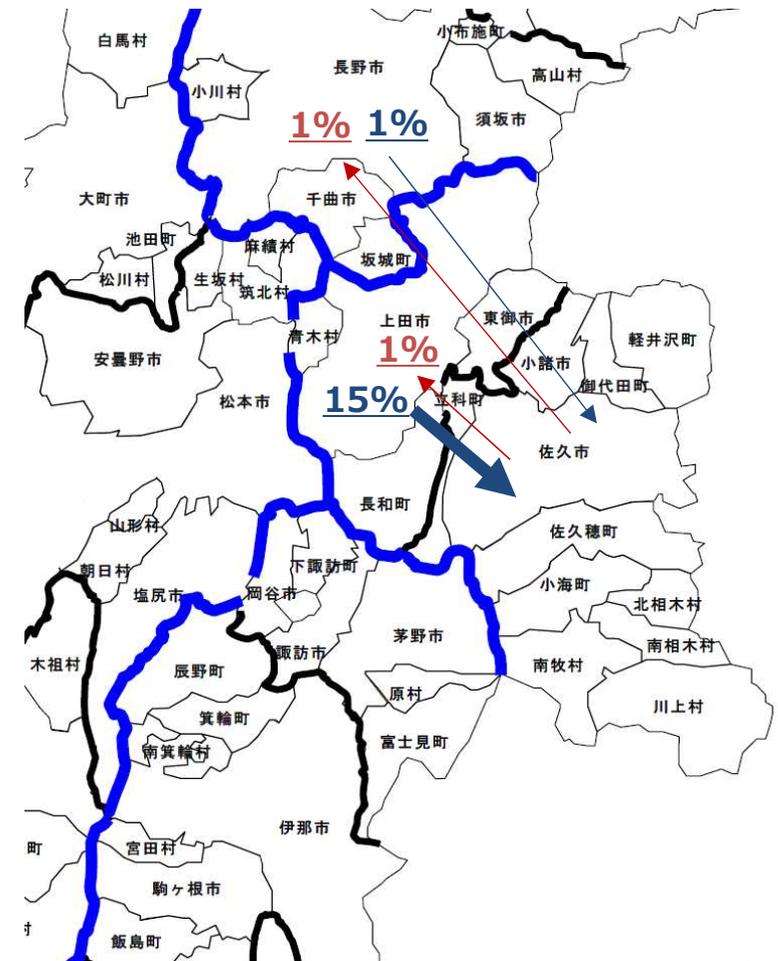
入院料別流出割合

入院料	佐久	流出割合			
		上小	長野	県内	県外
集中治療室等	100%	0%	0%	0%	0%
DPC・急性一般入院料1等	95%	1%	1%	2%	1%
急性期一般入院料2～6等	95%	4%	1%	0%	0%
地域一般入院料等	61%	39%	0%	0%	0%
回復期リハビリテーション病棟	83%	17%	0%	0%	0%
地域包括ケア病棟（病床）	96%	4%	0%	0%	0%
療養病棟入院基本料	87%	6%	3%	1%	2%
初診	93%	3%	0%	0%	4%
初診うち時間外	96%	2%	0%	0%	2%
再診	95%	2%	0%	0%	2%
再診うち時間外	96%	3%	0%	0%	1%

入院料別流入割合

入院料	佐久	流入割合			
		上小	長野	県内	県外
集中治療室等	75%	22%	1%	0%	2%
DPC・急性一般入院料1等	82%	15%	1%	0%	2%
急性期一般入院料2～6等	89%	3%	2%	2%	4%
地域一般入院料等	100%	0%	0%	0%	0%
回復期リハビリテーション病棟	89%	9%	0%	0%	2%
地域包括ケア病棟（病床）	94%	6%	0%	0%	0%
療養病棟入院基本料	89%	3%	3%	4%	2%
初診	89%	4%	0%	0%	6%
初診うち時間外	90%	5%	0%	0%	5%
再診	90%	6%	0%	0%	3%
再診うち時間外	93%	4%	0%	0%	2%

急性期（DPC・急性期一般入院料1等）の流出入状況



上小圏域における流出入の状況（入院料別）

上小圏域においては、高度急性期、急性期（DPC）については、佐久圏域への流出が大きく、特に急性期（DPC等）の患者は佐久圏域へ2割程度流出している。

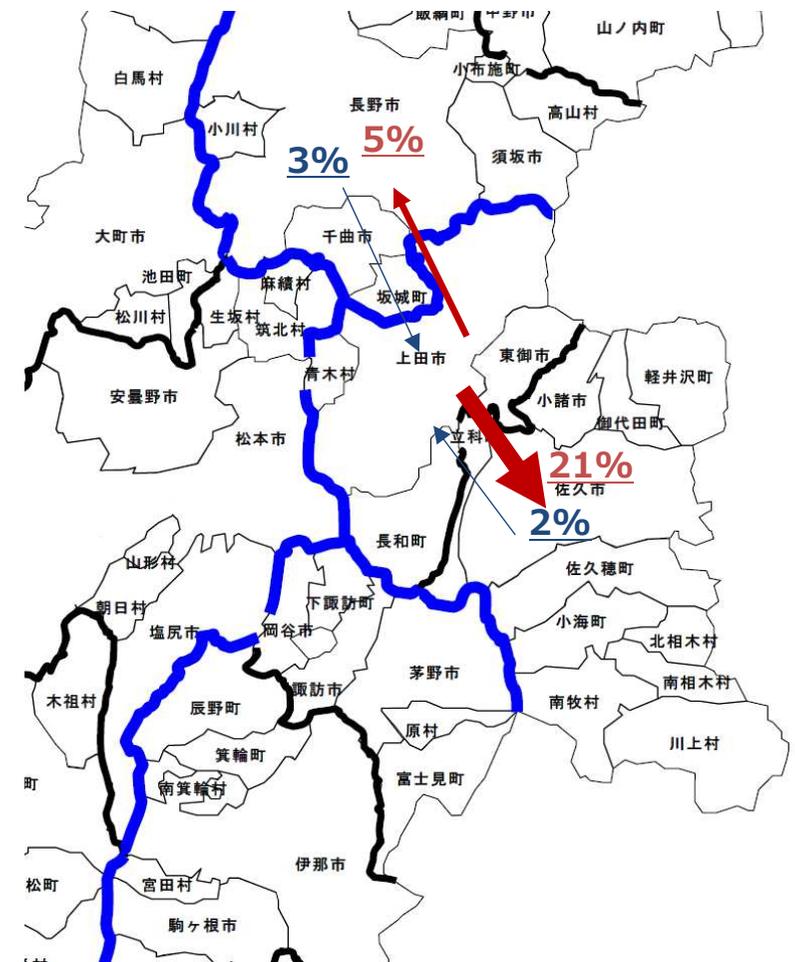
入院料別流出割合

入院料	上小	流出割合			
		佐久	長野	県内	県外
集中治療室等	48%	38%	6%	8%	0%
DPC・急性一般入院料1等	68%	21%	5%	6%	0%
急性期一般入院料2～6等	94%	4%	1%	1%	1%
地域一般入院料等	99%	0%	1%	0%	0%
回復期リハビリテーション病棟	82%	6%	12%	0%	0%
地域包括ケア病棟（病床）	90%	7%	2%	1%	0%
療養病棟入院基本料	92%	2%	5%	1%	1%
初診	91%	5%	2%	1%	1%
初診うち時間外	92%	5%	1%	1%	1%
再診	90%	7%	2%	1%	1%
再診うち時間外	94%	4%	1%	0%	0%

入院料別流入割合

入院料	上小	流入割合			
		長野	佐久	県内	県外
集中治療室等	98%	2%	0%	0%	0%
DPC・急性一般入院料1等	93%	3%	2%	1%	0%
急性期一般入院料2～6等	74%	8%	4%	13%	1%
地域一般入院料等	97%	2%	1%	0%	0%
回復期リハビリテーション病棟	72%	6%	10%	11%	0%
地域包括ケア病棟（病床）	91%	2%	4%	3%	0%
療養病棟入院基本料	73%	7%	4%	14%	2%
初診	89%	5%	3%	1%	3%
初診うち時間外	93%	3%	2%	0%	1%
再診	92%	4%	2%	0%	1%
再診うち時間外	95%	1%	3%	0%	1%

急性期（DPC・急性期一般入院料1等）の流出入状況



出典：厚生労働省「医療計画作成支援データブック エクストラデータ 受領動向データ（2023年度）」の二次医療圏別データを基に作成

救急搬送：消防署別の搬送状況

県内の圏域間で比べると、上小、木曾、大北で救急搬送の圏域管外への搬送が多い傾向にある。

消防本部別の管内搬送状況



年度
2023

搬送先
■ 管外（二次医療圏外）
■ 管外（二次医療圏内）
■ 管内

初診医評価
■ 1_死亡
■ 2_重篤
■ 3_重傷
■ 4_中等症
■ 5_軽傷
■ 6_その他

患者の圏域別の流入・流出状況

特に集約化の検討を要する急性期についてみると、上小、木曽、大北、北信は、完結率が低い状況。上伊那は様々な圏域に一定程度の流出が見受けられる。救急搬送の圏域外搬送割合も、上小、木曽、大北が他圏域に比べると高い状況。

3次医療圏	構想区域				流出状況	
	2次医療圏	構想区域	人口(人)	面積(km ²)	主な流出先へのDPC、急性期一般1等の流出割合	救急搬送の圏域外搬送割合
東信	佐久	佐久	201,380	1,571.18	1% (松本圏域)	2%
	上小	上小	187,392	905.37	21% (佐久圏域)	12%
南信	諏訪	諏訪	185,820	715.75	6% (松本圏域)	1%
	上伊那	上伊那	173,453	1,348.40	9% (松本圏域) 7% (諏訪圏域) 5% (飯伊圏域)	6%
	飯伊	飯伊	146,226	1,928.89	3% (松本圏域)	1%
中信	木曽	木曽	22,887	1,546.15	23% (松本圏域) 10% (上伊那圏域)	27%
	松本	松本	413,585	1,868.74	2% (大北圏域)	1%
	大北	大北	53,727	1,109.65	25% (松本圏域)	16%
北信	長野	長野	512,970	1,558.00	2% (松本圏域)	2%
	北信	北信	77,123	1,009.45	15% (長野圏域)	9%

3. 医療機関機能・病床機能について

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

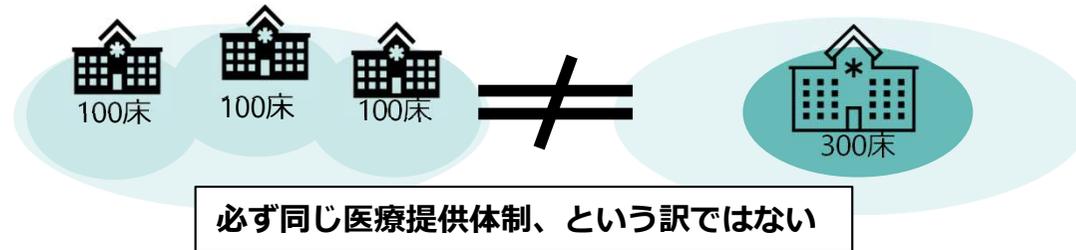
高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 <p>※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要</p>

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

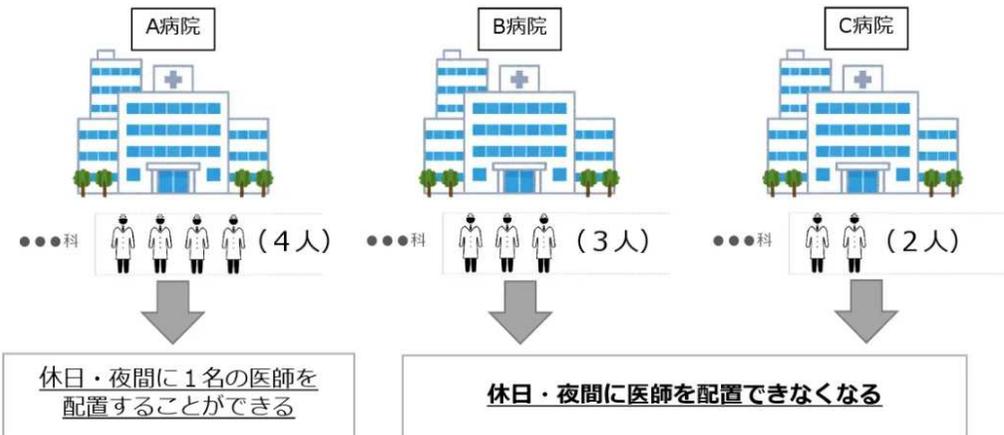
- 救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも相関するところ、地域において適切な医療提供体制を確保する観点を踏まえると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。



地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



※ただし、4名の医師がそれぞれ年間1860時間（月155時間）程度の時間外勤務に従事することが必要

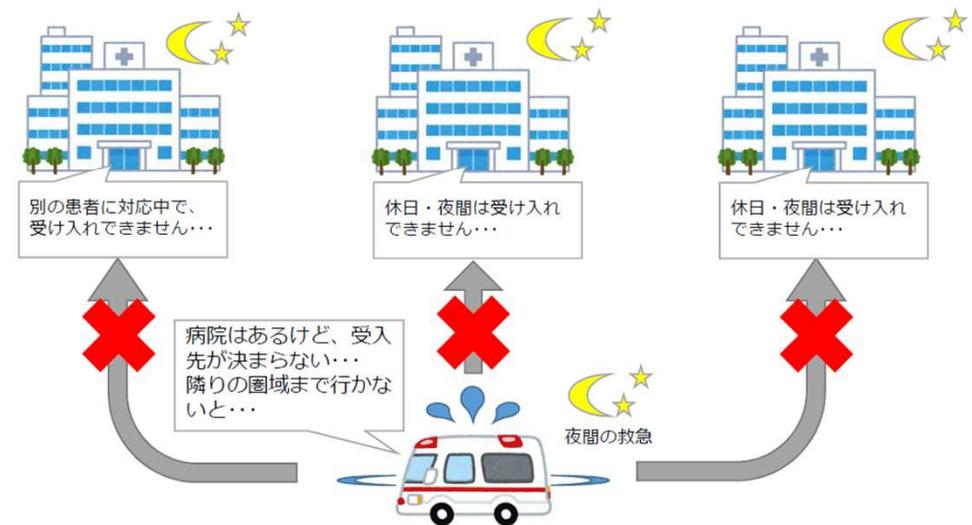
それでも
激務！

（さらなる集約化も必要？）

今から手を打たないと・・・

補足1-8

- 人的資源（医師等）の分散により、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ
（※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません）



どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ・・・

急性期・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 多くの医療資源を要する手術等について、集約して対応する中で、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で担うことが考えられる。
- 地域ごとに、医療資源に乏しく、急性期拠点機能を有する医療機関で増加する高齢者救急への対応が必要なケース等も考えられ、手術や救急搬送等の医療需要の変化に関するデータを踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議が必要。

●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

手術等の分担

- 医療資源を多く必要とする、手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する



急性期拠点機能



増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の需要等を踏まえながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う



高齢者救急・
地域急性期機能



※大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられる。

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） <p>等</p>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護 S T を有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 <p>等 33</p>

急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

- 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。

概要		考え方等
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う病院を確保	<ul style="list-style-type: none"> 地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域の医療機関への人的協力	地域の医療機関への診療体制確保のための協力を実施。	大学病院本院は、急性期拠点への人的協力を行うとともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。

※個々の役割については、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも担うことが想定される。

病床機能について（案）

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

回復期から「包括期」へ

包括期機能について

○ 包括期機能は、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」等とされており、「救急患者を受け入れる体制を整備」「一定の医療資源を投入し急性期を速やかに離脱」等の役割を担うこととされている地域包括医療病棟や、「在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」等が役割の地域包括ケア病棟を有する医療機関での対応が重要となる。

病床機能区分

機能の内容

- | | |
|---------|---|
| 高度急性期機能 | 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 |
| 急性期機能 | 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能 |
| 包括期機能 | <ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） |
| 慢性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 |

